Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Unfall.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Rudolf Schilling,
approb. Arzt aus Hamburg.

Kiel 1910.
Druck von H. Fiencke.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Unfall.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Rudolf Schilling,
approb. Arzt aus Hamburg.

Kiel 1910.
Druck von H. Fiencke.

No. 68.

Rektoratsjahr 1910/11.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. Graf **v. Spee,**
z. Z. Dekan.

Meiner Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0049

In der Universitätsnervenklinik zu Kiel kam zum Zwecke der gutachtlichen Beurteilung ein Fall von Psychose zur Beobachtung, den ich als Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Unfall hier veröffentlichen will:

Es handelt sich um die unverehelichte E. T. aus S. Patientin ist am 13. III. 1880 geboren, war früher Dienstmagd. Der Vater des Vaters war geisteskrank, Vater der Mutter Melancholiker und Potator; der Vater ist leicht erregbar, jähzornig; die Mutter neigt zu Schwermut, zwei Geschwister ebenfalls. Patientin selbst wird als von Kind an verschlossen geschildert, konnte in der Schule nicht gut folgen, kam auch ihrer späteren Dienstherrschaft beschränkt vor.

Am 13. VIII. 1897 erhielt Patientin bei der Feldarbeit einen Sensenschnitt in den rechten Unterschenkel, wurde im Wagen zum Arzt (Dr. H.) gefahren, der die Wunde vernähte. Die Wunde war ungefähr 4 cm lang und hatte den inneren Rand der rechten Wadenmuskulatur am Übergang in die Sehne getroffen. Die Heilung verlief glatt. Bei den ersten Gehversuchen nach erfolgter Heilung trat eine mäßige Schwellung des rechten Unterschenkels auf.

In einem Gutachten vom 3. XII. 1897 an die betreffende Berufsgenossenschaft gibt Dr. H. an, daß auch jetzt noch häufiger Schwellung und blaurötliche Färbung der Umgebung der Narbe bestände. Die Narbe selbst sei druckempfindlich und verhärtet. Patientin klage über Schmerzen beim Gehen, das auffallend stark hinkend ausgeführt werde. Da die

Hautnarbe mit dem funktionierenden Muskel verwachsen sei, so bestände ein chronischer Reizzustand, doch sei bald völlige Heilung zu erwarten. Die augenblickliche Erwerbsbeschränkung wird auf 85—100% geschätzt. Dr. H. empfiehlt Behandlung in einer Spezialanstalt, »um der Überschätzung der Beschwerden durch die Patientin infolge ihres reizbaren verschlossenen Charakters entgegenzuarbeiten.«

Am 31. XII. 1897 schreibt Dr. H. an die Berufsgenossenschaft: die p. T. leide an einer akuten fieberhaften Erkrankung, deren Zusammenhang mit dem Unfall bisher nicht festzustellen sei.

Am 2. II. 98: Es handle sich entweder um eine Blutvergiftung oder um einen Typhus mit wenig ausgeprägten Symptomen. Die Krankheit dauere noch fort.

Am 4. IV. 98: Noch hin und wieder beständen Temperatursteigerungen, die Diagnose sei noch immer unklar.

Am 9. VIII. 98 gibt Dr. H. sein Urteil dahin ab, daß die Infektionskrankheit durch zuerst in der Wunde zurückgehaltene Bakterien hervorgerufen sei, die dann ins Blut übergetreten seien. Daran habe sich ein Typhus angeschlossen. Es beständen noch immer Schmerzen beim Gehen, auch sei der rechte Unterschenkel, in Höhe der Narbe gemessen, um 1 cm stärker als der linke. Erwerbsbeschränkung 85 %.

In einem Gutachten desselben Arztes vom 10. I. 99 schildert er die Infektionskrankheit etwas genauer: eine Woche lang hätten vorübergehende Thrombose im rechten Bein, hohes Fieber, Benommenheit, Delirien und Gliederschmerzen bestanden, später mittlere Temperaturen, Herzschwäche und Obstipation; darauf bronchitische, pleuritische Erscheinungen und linksseitiger Spitzenkatarrh. Letzterer bestehe noch und sei als Nachkrankheit der Infektionskrankheit aufzufassen. Der untere Teil der rechten Wadenmuskulatur sei noch immer verdickt, Patientin hinke noch und klage über leichte Ermüdbarkeit im rechten Bein. Wegen der Verdichtung der linken Lungenspitze, des mäßigen Ernährungszustandes, des leicht erregbaren und

wenig leistungsfähigen Herzens wird Anstaltsbehandlung vorgeschlagen.

Als die Anstaltsbehandlung bewilligt worden war (September 99), wird empfohlen, der T. eine Begleitsperson auf der Reise in die Wasserheilanstalt Kleinen mitzugeben, da Patientin »infolge ihrer Krankheit an psychischen Depressionszuständen leidet«

Die T. war dann vom 26. IX. bis 1. XI. 99 in der Wasserheilanstalt Kleinen. Im Abgangsgutachten wird gesagt, daß bei der Aufnahme über der linken Lungenspitze leichte Schallverkürzung und kleinblasiges Rasseln bestanden habe, letzteres sei jetzt spärlicher. In den Maßen der Unterschenkel bestehe keine wesentliche Differenz, das Hinken sei auffallend stark und den anatomischen Grundlagen nicht entsprechend. Erwerbsbeschränkung betrage 50 %.

Die Berufsgenossenschaft setzte darauf die Rente herab, die Patientin wandte sich jedoch ans Schiedsgericht, durch das die Rente wieder auf 85 % erhöht wurde mit folgender Begründung: wie so häufig habe sich auch hier die Tuberkulose als Folgekrankheit an die Infektionskrankheit angeschlossen. Durch die jahrelange Krankheit sei Klägerin in ihren körperlichen und Willenskräften sehr erheblich geschwächt. Als Anzeichen hierfür sei das unverhältnismäßig starke Hinken der Klägerin aufzufassen..

Bei einer Nachuntersuchung am 16. X. 01 findet Dr. O., daß der Lungenkatarrh abgeheilt, die Knöchelgegend und Wadenmuskulatur noch geschwollen ist und beim Gehen schmerzt. Er setzt die Erwerbsbeschränkung auf 60 % fest.

Seit der fieberhaften Erkrankung wird Patientin als noch verschlossener als früher, als eigensinnig und trotzig geschildert; auch hat sie sich von allen Vergnügungen zurückgezogen. Im Anfang Juli 02 trat eine auffallende Verschlimmerung dieses Zustandes ein: es gesellten sich Schlaflosigkeit, bald auch ängstliche Erregungszustände hinzu. In ihren Gedanken spielten die durch die Unfallrente bezogenen Gelder eine Hauptrolle, insofern sie sich selbst Vorwürfe über deren ungerechtfertigten Bezug machte. Am 21. VII. lief sie aufgeregt durch alle Zimmer, 22. VII. Selbst-

vorwürfe, drohte sich zu erhängen etc. Zeitweise ängstliche Erregung, fürchtete, es habe sich jemand im Hause versteckt, zeitweise saß sie vollständig apathisch da, achtete dabei aber auf alle Vorgänge, wollte sprechen, fand aber die Worte nicht, hielt den Arzt für einen Schornsteinfeger, sträubte sich gegen die Untersuchung, klammerte sich nachher wieder an den Arzt an, um ihn zurückzuhalten, bedrohte ihn mit dem Plätteisen. Am Abend des 29. VII. begann sie zu toben, machte Fluchtversuche, wollte sich nicht füttern lassen. Sie wurde darauf in die Irrenanstalt bei Schleswig gebracht, wo sie im Zustande tiefer Melancholie eintraf.

Hier war sie vom 30. VII. 02 bis 1. IV. 03 in Behandlung. Einen Auszug aus der Krankengeschichte über diese Behandlungszeit lasse ich folgen:

31. VII. 49 kg, 153 cm. Gesicht dunkelrot, schweißig glänzend, Zähne aufeinander gepreßt. Liegt starr und stumm zu Bett. Urin läßt sie mehrfach unter sich gehen. Auf Anreden gar keine Reaktion. Als die Wärterin ans Bett kommt, mehrmals lautes Aufschreien.

5. VIII. Macht etwas freieren Eindruck, Nahrungsaufnahme genügend.

6. VIII. Ißt allein; noch stumm.

11. VIII. Sieht sich um, gibt leise Antwort; möchte aufstehen, weint und widerstrebt jedoch beim Anziehen.

14. VIII. Ziemlich teilnahmslos für die Umgebung; noch recht starke Hemmung. Sagt heut plötzlich, sie habe ihre Schwester gesehen.

19. VIII. Andauernd stark deprimiert und gehemmt; zeitweilig ängstlich, weint, drängt aus dem Bett, Etwas blutiger Auswurf. An der linken Lungenspitze vereinzelte Rasselgeräusche.

26. VIII. Drängt öfters planlos aus dem Bett, deprimiert und gehemmt, verweigert Medikamente.

1. IX. Ganz verwirrt und gehemmt, weint oft, dräng aus dem Bett.

14. IX. Möchte aufstehen, widerstrebt beim Anziehen.

24. IX. Zieht sich allein an, braucht dazu aber sehr lange, sitzt und steht untätig umher, drängt sinnlos fort.

1. X. Beschäftigt sich etwas mit Handarbeit. Noch recht gehemmt und unbesinnlich, kurze zaghafte Antworten.

8. XI. Versucht durchs Fenster zu entweichen. Weiß nicht, was sie will.

Nach monatelanger Pause traten die Menses wieder ein.

Vom Januar 03 an wurde Patientin dann allmählich freier, heiter, kindlich, beschäftigte sich viel mit ihrer Frisur und erholte sich körperlich sehr gut.

Im Februar erhielt sie Besuch von ihrer Mutter, mit der sie sich ganz vernünftig unterhielt, drängte auch nicht mit nach Hause, sondern blieb noch ganz gern in der Anstalt· Krankheitseinsicht. Machte einen etwas beschränkten Eindruck, war kindlich, immer heiter. Während der Periode klagte sie zwei Tage lang über Kopfweh.

Im März weiter fortschreitende Besserung, am 1. IV. 03 Entlassung aus der Anstalt mit 100 % Erwerbsbeschränkung.

Zwei Schreiben des Gemeindevorstehers aus S., die nach Ablauf von je einem halben Jahr Auskunft geben über den Krankheitszustand der Patientin, geben als Hauptcharakteristikum an, daß die T. sich noch immer nicht fortlaufend beschäftigen könne, sondern nur etwas arbeite, wenn es ihr gefiele.

Dr. H. befürwortet im August 05 die Beibehaltung der Vollrente: es bestehe zwar keine körperliche Arbeitsunfähigkeit, doch sei die Patientin durch ihren häufigen Stimmungswechsel gebunden. Besonders wenn irgend eine dringende Arbeit von ihr verlangt werde, versage sie vollständig, obgleich sie selbst unglücklich darüber sei. Eine Geistesstörung bestehe noch zweifellos. Bei der Untersuchung mache sie einen sehr gedrückten Eindruck, hafte mit den Blicken in den Zimmerecken, spiele fortwährend nervös mi den Fingern und neige stark zum Weinen. Über den Lungen sei nichts Krankhaftes mehr nachzuweisen. Das rechte Bein sei mäßig verdickt (um die Wade gemessen: r. 34 1/4 cm, l. 33 cm; oberhalb der Knöchel: r. 23 1/2 cm, l. 21 3/4 cm; um die Knöchel: r. 25 1/2 cm, l. 24 3/4 cm).

Auf weitere Entfernung könne Patientin von den Eltern

nicht geschickt werden, da Gefahr bestehe, daß sie ziellos umherirre oder Verführern in die Hände fiele.

Auch Vertrauensarzt Dr. W. hält Patientin im Oktober 07 für völlig erwerbsunfähig.

Nach einem Zeugnis von Dr. R. (Mai 08) war die T. in den Jahren seit der Entlassung aus der Irrenanstalt bei Schleswig stark erotisch veranlagt, zur Zeit der Menses oft erregt und verwirrt und beschäftigte sich im Hause der Eltern infolge deutlich hervortretenden Schwachsinns nur sehr wenig.

Seit 6 Tagen verkenne sie ihre Umgebung, neige zuweilen zu plötzlichen unmotivierten Gewalttätigkeiten, springe im Hemd umher, sodaß ihre abermalige Überführung nach Schleswig sich als notwendig erweise.

Dort blieb sie dann von Anfang Mai bis Ende November 08. Die wesentlichsten Angaben der Krankengeschichte sind folgende:

4. V. Jammert viel vor sich hin, steht in stereotyper Haltung in einer Ecke des Krankensaales, ist weder zum Essen noch zum Trinken zu bewegen. Starke Hemmung, nachts oft impulsiv, schreit laut auf, springt aus dem Bett, läßt Urin unter sich gehen.

7. V. Ruhig in starker Hemmung, reagiert nicht auf Anreden.

Seit gestern bestehen Temperaturen bis 39,5°. Ein objektiver Befund zur Erklärung derselben ist nicht festzustellen.

12. V. Seit 2 Tagen fieberfrei. Mutacistisch und negativistisch. Ißt gut, sauber.

Juli: Mitunter ganz zugänglich, beschäftigt sich dann auch etwas; bald aber wieder verwirrt und verstimmt, steht dann untätig und interesselos umher.

September: Freier, beschäftigt sich, öfters nervöse Beschwerden. Bleibt eigenartig steif im Wesen, kann sich zum Arzt nur unbeholfen aussprechen.

22. XI. 08. Gebessert entlassen. Erwerbsbeschränkung 100%.

Die volle Rente hat die T. dann ungeschmälert bezogen, bis im Februar dieses Jahres bekannt wurde, daß die T. heiraten wolle. Daraufhin wurde Dr. H. von der betreffenden Berufsgenossenschaft abermals zu einem Gutachten aufgefordert und sprach sich für Herabsetzung der Vollrente auf 70 % aus. Es sei entschieden eine Besserung im Zustande der Patientin eingetreten, wie man aus dem ruhigeren Gebahren, den zwar langsamen aber geordneten Antworten erkennen könne. Das rechte Bein sei noch immer mäßig verdickt (oberhalb der Knöchel gemessen: r. 23 cm, l. 21½ cm; um die Wade: r. 34 cm, l. 33 cm). Die Familie könne sie jetzt ohne Gefahr auf weitere Entfernung schicken; auch traue man ihr die Sorge für Kleidung und Miternährung einer Familie zu. Seit einem Jahr bestehe laut Angabe die Verlobung, die Hochzeit solle im Frühjahr 1911 sein. Dr. H. rät, die Rente vorerst nicht weiter als auf 70 % herabzusetzen, da es sich doch immerhin um eine noch nicht völlig gesunde, sondern noch gemütskranke Person handle. Die Krankheit sei zu erkennen an dem schlaffen Gesichtsausdruck, den scheuen, den Untersucher vermeidenden Blicken, dem gedrückten Wesen. Auch klage die T. über häufiges Kopfweh, Schläfrigkeit, Mangelhaftigkeit des Erinnerungsvermögens und der Gedankensammlung. Anhaltend arbeiten könne sie jetzt auch noch nicht, sondern ihre Arbeit beschränke sich nur auf Hilfe in Stall und Küche des elterlichen Geweses. Allerdings übertreibe Patientin ihre Beschwerden wohl.

Da die T. in die Herabsetzung der Rente nicht einwilligte, wurde sie zur Erlangung eines Obergutachtens in die Universitäts-Nervenklinik zu Kiel geschickt, wo sie vom 7. VII. bis 3. VIII. 1910 beobachtet wurde.

Der Aufnahmebefund war folgender: Untermittelgroße, mäßig kräftig gebaute Person von leidlicher Ernährung (154 cm, 54 kg), gesunder Gesichtsfarbe und mit leidlich geröteten Schleimhäuten.

Kopf auf Beklopfen angeblich empfindlich.

Pupillen mittelweit, gleich rund, reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz. Augenbewegungen frei. Die

rechte Gesichtsseite erscheint etwas kräftiger innerviert als die linke.

Zunge wird gerade hervorgestreckt, zittert leicht, ist nicht belegt. Gaumenbögen gleichmäßig gehoben, Sprache o. B. Keine Struma, an der linken Nackenseite einige ältere Drüsenschwellungen.

Passive und aktive Beweglichkeit in allen Gelenken frei. Bewegungen werden mit geringer Kraft ausgeführt. Händedruck rechts kräftiger als links, nach dem Kraftmesser r. 25, l. 18. Auch auf Zureden keine Vermehrung. Reflexe der oberen Extremität etwas lebhaft. Geringes Zittern der Hände.

Die Beine beiderseits bei äußerer Betrachtung gleich und ziemlich kräftig, beiderseits Plattfüße und Krampfadern.

Am Übergang der rechten Achillessehne in die Wadenmuskulatur sieht man eine 4 cm lange, mäßig derbe, in fast horizontalem Bogen verlaufende Hautnarbe. Das darunter liegende Gewebe erscheint etwas verdickt und leicht druckempfindlich.

Der rechte Fuß kann im Sinne der Dorsalflexion etwas überstreckt werden, sonst sind aktive und passive Bewegungen nicht wesentlich gestört, nur wird beim Gang das rechte Bein auffallend geschont und dafür das linke intensiv in Anspruch genommen.

Kniescheibensehnenreflex beiderseits etwas lebhaft, Achillessehnenreflex links deutlich, rechts nicht einwandsfrei auszulösen (schlaffe Sehne!). Zehenreflex normal.

Kein Romberg, dagegen bei Fußaugenschluß lebhaftes Lidzittern.

Keine Sensibilitätsstörungen. Lebhaftes Nachröten der Haut.

Puls im Beginn der Untersuchung 90, am Ende derselben 120, regelmäßig, leidlich gefüllt und gespannt.

Herztöne rein.

Lungen weisen keine Schallveränderungen auf, reines Atmen.

Leib nicht druckempfindlich.

Urin o. B.

Während der Untersuchung dauernd gesenkter Kopf, schlaffe Haltung, tränenfeuchte Augen.

Auf Befragen antwortet Patientin anfangs nicht, später leise und zurückhaltend, dabei mißmutiger, eigensinniger, scheuer und zaghafter Eindruck. Häufig erhält man auch auf vielfach wiederholte Fragen nur die Antwort: »Ich weiß nicht«. Sie hebt den Kopf nicht, starrt zu Boden, einmal huscht bei einem Scherz ein flüchtiges Lächeln über ihr Gesicht.

Mit Mühe erfährt man die richtigen Personalien, die Höhe der Rente. Daß sie zweimal in Schleswig war, weiß sie, die Jahre kann sie aber nicht angeben. Der ganzen Behandlungszeit entsinnt sie sich nicht. Fast alle Antworten lauten: »Nein« oder »ich weiß nicht«. Als sie gefragt wird, ob sie irgend welche Klagen betreffs ihres körperlichen Befindens habe, antwortet sie zuerst: »Ich weiß nicht«, nach längerem Zureden klagt sie über Kopf- und Kreuzweh. Auf vielfaches Befragen gibt sie an: sie helfe zu Hause beim Reinmachen, beim Bücken werde ihr jedoch hin und wieder dunkel vor den Augen, weshalb sie auch schon einige Male beim Aufrichten umgefallen sei. Außerdem hacke sie im Garten und hole Heu vom Felde; heuen selbst könne sie nicht und ebensowenig andere schwere Arbeiten verrichten.

Verhalten in der Klinik: Zuerst stumpfes Herumsitzen, trauriges Kopfhängen, gesenkter Blick, häufig Tränen; vielfach erhielt man auch auf wiederholte Fragen keine Antwort.

Nach Ablauf der Menses (10.—12. VII.) erschien sie etwas freier, half wiederholt in der Spüle mit, schaute bei Anrede zuweilen auf und gab willige Antwort. Dieser Zustand hatte etwa 8 Tage lang angedauert, als sie von Hause einen Brief erhielt, der irgend eine traurige Nachricht brachte. Darauf schlugen in den ersten Tagen alle Versuche fehl, die T. in Bewegung zu bringen, die dauernd mit gesenktem Kopf, mißmutigem Gesichtsausdruck dasaß und auf Befragen nach ihrem Ergehen konstant über Kopfschmerzen in der Stirn, Schmerzen im rechten Bein und Heimweh klagte. Zeitweise erschien sie ausgesprochen traurig verstimmt.

Am 23. VII. meldete sie plötzlich, das rechte Bein sei geschwollen. Objektiv fand sich an der Hautnarbe eine ausgebreitete leichte Hautrötung und anscheinend etwas erhöhte Druckempfindlichkeit. Dieser Befund wurde in der Folgezeit noch mehrfach gefunden, auch wenn die T. auf die Untersuchung nicht vorbereitet war.

Als wesentlich ist von dem sonstigen Verhalten noch folgendes zu erwähnen: Häufig fanden sich erhebliche Pulsschwankungen, mehrmals bei ruhigem Dasitzen, vielleicht nur infolge der Anrede durch den Arzt, Pulszahlen von 120 bis 140 und darüber. Rascher Wechsel der Gesichtsfarbe, gewöhnlich aus Anlaß der Visite dunkelrot, nach kurzer Beschäftigung in der Spüle, zu der sie zuletzt wieder veranlaßt werden konnte, schweißig glänzend. Zu schwereren Arbeiten war sie nicht zu bewegen. Hin und wieder sah man in lustiger Umgebung ein flüchtiges Lächeln auf ihrem Gesicht, dann versank sie wieder in den teilnahmlosen Zustand. Nach Aussage des Pflegepersonals war sie in Abwesenheit des Arztes etwas freier, unterhielt sich gelegentlich auch mit der Pflegerin.

Eine Prüfung von älterem und neuerem Gedächtnismaterial ergab ein sehr dürftiges Resultat, da die T. gerade dann gänzlich verstummt mit gesenktem, hochrotem Kopf, dasaß und unruhig mit den Fingern spielte.

Einige Beispiele der Fragen:

(2 mal 2) 4
(6 mal 7) . . . . . weiß ich nicht
(a bis z) . . . . . „ „ „
(5 mal 4) . . . . . keine Antwort.
(16 — 9) . . . . . das kann ich nicht.

Nach langem Zureden bringt man sie dazu, die Monate aufzuzählen, dabei vergißt sie den Monat Juni, sie rückwärts hersagen zu lassen, ist nicht zu erreichen.

Das auf diese Beobachtungszeit sich aufbauende Gutachten setzt die Erwerbsbeschränkung auf 75% fest und begründet die Herabsetzung der Rente, mit der Besserung, die ohne Frage in der Stärke der seelischen Störung ein-

getreten sei und eine Beschäftigung mit leichteren Haus- und Gartenarbeiten ermögliche.

Wie aus dieser Krankengeschichte hervorgeht, handelt es sich um ein erblich belastetes Mädchen, das schon während der Kindheit einen verschlossenen Eindruck machte, in der Schule nicht gut folgen konnte und auch von ihrer späteren Dienstherrschaft für beschränkt gehalten wurde. Im Alter von fast 17½ Jahren erlitt Patientin ein verhältnismäßig leichtes Trauma dadurch, daß sie eine Sensenverletzung an der rechten Wade erhielt, die nach Aussage des Arztes aber reaktionslos heilte. Zwar blieb infolge des Verwachsens der äußeren Haut- mit der Muskelnarbe ein leichter dauernder Reizzustand bestehen, doch nicht in dem Maße, daß das auffallend starke Hinken damit hätte erklärt werden können. Der damals behandelnde Arzt spricht »von der Überschätzung der Beschwerden durch die Patientin infolge ihres reizbaren verschlossenen Charakters«.

Durch den Unfall war also bei der T. schon kurz nachher eine Reizbarkeit und Überschätzung der Unfallsfolgen eingetreten, die man als Vorstadium zu der später ausbrechenden Psychose auffassen muß. Weber sagt darüber in seiner Arbeit über posttraumatische Psychosen, daß diese entweder bald nach dem Unfall eintreten oder durch ein Prodromalstadium, in dem das psychische Verhalten der Betroffenen schon verändert ist, mit dem Trauma zusammenhängen.. Eine sogenannte traumatische Neurose hat sich eingestellt, die nach Schürmann immer den Kern einer traumatischen Psychose in sich birgt, besonders wenn die Widerstandsfähigkeit des Gehirns durch erbliche oder erworbene Belastung herabgesetzt ist.

Je ausgesprochener die Prädisposition ist, um so geringer braucht nach Dupouy und Charpentier auch nur das Trauma zu sein, das solche Psychosen auslöst, denn häufig bringt das Trauma erst die Prädisposition zu Tage. Da nun in diesem Falle eine ausgesprochene erbliche Belastung vorliegt, und damit auch eine ausgesprochene Prädisposition anzunehmen ist, zumal wenn man die von

Jugend auf als verschlossen geschilderte Charakterfärbung der Patientin bedenkt, so muß man als auslösendes Moment der Psychose den wenn auch leichten Unfall bezeichnen.

Da wird die schon nicht mehr geistig vollkommen gesunde T. von einer schweren Infektionskrankheit betroffen, deren Entstehungsursache zwar nicht mehr genau festzustellen war, doch nahm der behandelnde Arzt an, daß der Ausbruch der fieberhaften Erkrankung infolge plötzlicher Überschwemmung des Blutes mit in der Wunde zurückgehaltenen Bakterien hervorgerufen sei. Später sei eine Infektion mit Typhusbazillen erfolgt, und schließlich habe sich ein linksseitiger Spitzenkatarrh ausgebildet. Ob diese Annahme zu Recht besteht oder nicht, das kommt in diesem Falle kaum in Frage, jedenfalls handelte es sich um eine schwere fieberhafte Erkrankung, in deren Verlauf hohes Fieber, Benommenheit und Delirien auftraten.

Schon im Altertum war es bekannt, daß fieberhafte Erkrankungen zu Störungen der normalen Geistesfunktion führen können, aber erst seit Ende des 18. Jahrhunderts wurde dieser Erscheinung größerer Wert beigelegt. Bei jeder Infektionskrankheit kann eine Psychose einmal auftreten, nach Siemerling sind es aber ganz besonders drei, bei denen geistige Störungen häufiger beobachtet werden: Typhus, akuter Gelenkrheumatismus, Influenza. Auch sollen nach demselben bei diesen drei Krankheiten die Ergriffenen mehr zu melancholischen Depressionszuständen und stupurösen Formen der Psychosen neigen, während manische Zustände, akute Verwirrtheit mehr bei Pneumonie, Kopfrosen und den akuten Exanthemen in Erscheinung treten. Meist fällt das Auftreten der Erkrankung in den Zeitraum vom 20. bis 50. Lebensjahr, sehr selten werden Kinder und Greise betroffen. Jüngere, nervös veranlagte Personen, besonders Frauen neigen vor allem zum Ausbruch von Psychosen bei Infektionskrankheiten, in denen nach Siemerling aber nur das veranlassende Moment liegt, das seine Wirkung in Form einer Psychose auf dem Boden einer vorübergehenden oder dauernden Schädigung äußern kann.

Die Infektionskrankheit wurde überstanden, es blieb aber ein linksseitiger Lungenspitzenkatarrh zurück, nach Hoche die häufigste körperliche Störung bei Stuporfällen infolge ungenügender Ventilation der Lungen und vielfacher Entbehrung des Aufenthaltes in freier Luft. Daß bei der T. schon stuporöse Erscheinungen damals bemerkbar waren, geht daraus hervor, daß Dr. H. empfahl, der Patientin auf ihrer Reise nach der Wasserheilanstalt eine Begleitsperson mitzugeben, da Patientin infolge ihrer Krankheit an psychischen Depressionszuständen leide.

Bonhoeffer schreibt, daß die furibunden Erscheinungen bei Infektionskrankheiten häufig nach wenigen Tagen abklingen, die stuporösen und amentiaartigen Zustände dagegen recht lange bestehen bleiben können.

Auch der Spitzenkatarrh heilte aus, wie aus den Gutachten bei Nachuntersuchungen hervorgeht. Körperlich ging es der T. demnach ganz gut, nur hielten die Klagen über das verletzte Bein an. Die Herabsetzung der Rente mußte nach schiedsgerichtlicher Entscheidung auch aufgehoben werden, denn hauptsächlich handelte es sich in diesem Falle um eine Schwächung der Willenskraft bei der jetzt als noch verschlossener, eigensinnig und trotzig geschilderten Patientin.

Da trat plötzlich, nachdem Patientin einige Zeit über Schlaflosigkeit geklagt hatte, unter ängstlichen Erregungszuständen, Selbstvorwürfen, Verfolgungsideen, negativistischen und mutacistischem Verhalten, plötzlichen Ausbrüchen von Gewalttätigkeiten, Nahrungsverweigerung eine schwere Geistesstörung auf: starke Depressions- und Hemmungserscheinungen, motorische Erregung, Angst, Verwirrtheit, Stupor, Impulsivität, Apathie, alles Zustände, die einander abwechselten und die man bei den katatonisch gefärbten Psychosen zu beobachten Gelegenheit findet.

Eine eigentliche Besserung dieses Zustandes wurde erst bemerkt, als nach längerer Pause die Menses wieder eintraten, die häufig bei Depressionserscheinungen ausfallen, und deren Wiedererscheinen nach Kraepelin nicht selten das Herannahen der Genesung bedeuten, wie denn überhaupt dieser Forscher dem Eintritt und noch mehr den Unregel-

mäßigkeiten der Periode im Verlaufe psychischer Störungen eine erhebliche Bedeutung zumißt.

Nach mehr als halbjähriger Anstaltsbehandlung wurde Patientin als gebessert nach Haus entlassen, wo sich in den folgenden Jahren, besonders zur Zeit der Periode, wohl leichtere Erregungs- und Verwirrungszustände einstellten, jedoch nicht in dem Grade, daß sie eine Anstaltsbehandlung notwendig gemacht hätten, doch war Patientin auch in dieser Zeit zu einigermaßen regelrechter Arbeit nicht zu bewegen. 5 Jahre nach der Entlassung aus der Anstalt kam es wieder zu einem schweren Ausbruch der Geistesstörung mit denselben Erscheinungen wie früher, Patientin konnte aber wieder nach 7 monatiger Behandlung gebessert entlassen werden.

Seit dem ersten akuten Ausbruch der Psychose bezog die Patientin als vollkommen erwerbsunfähig eine Vollrente. Als aber bekannt wurde, daß sie sich mit Heiratsgedanken trug, wurde die Rente herabgesetzt; auf Einspruch der T., der zur Untersuchung in der hiesigen Nervenklinik führte, wurde dann festgestellt, daß der Geisteszustand der T. sich im Laufe der Zeit gebessert habe. Zugleich wurde aber auch das Weiterbestehen der Psychose bestätigt.

Die Krankheit äußert sich augenblicklich vor allem in häufigeren und länger dauernden Depressionszuständen, im Unvermögen auf intellektuellem Gebiet, einer krankhaft geschwächten Willenskraft, nervöser körperlicher Schwäche und den hypochondrischen Vorstellungen, die ihren Ausgangspunkt in den Nachwirkungen der Beinverletzung haben.

Daß die T. jemals wieder geistig ganz gesund werden wird, ist wohl als ausgeschlossen zu betrachten. Edel meint sogar, daß die chronischen Unfallpsychosen im allgemeinen zur Demenz führen. Vielleicht kann man sogar mit weiteren Exazerbationen der Krankheit rechnen, wie sie 1902 und 1908 auftraten. Sollten diese aber ausbleiben, so ist es wohl möglich, daß noch eine weitere Besserung der Psychose bei späteren Nachuntersuchungen gefunden wird, wenn auch, wie gesagt, die Prognose bei den katatonisch gefärbten Psychosen erfahrungsgemäß relativ ungünstig ist.

Zum Schlusse danke ich Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die gütige Überlassung des Materials und für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit.

Literatur.

1. Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie, Jena 1907.
2. Dupouy-Charpentier: Traumatismes craniens et troubles mentaux; l'Encéphale No. 4.
3. Edel: Über Unfallpsychosen. Psychiatr. Wochenschr. 1901. No. 15—17.
4. Kraepelin: Psychiatrie, Band 1. Leipzig 1899.
5. Ludwig: Psychose nach Erysipelas. Inaug-Dissert. Dresden 1910.
6. Pfütsch: Über Psychosen im Verlauf des Typhus abdominalis. Inaug.-Dissert. Kiel 1903.
7. Schürmann: Traumatisches Irresein. Inaug-Dissert. Berlin 1904.
8. Siemerling: Über Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten. Deutsche Klinik, Bd. 6, 2. Berlin und Wien 1906.
9. Weber: Über posttraumatische Psychosen. Deutsche med. Wochenschr. 1905. No .20.
10. Bonhoeffer: Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und anderen Erkrankungen. Leipzig und Wien 1910.

Lebenslauf.

Ich, Rudolf Hermann Adolf Schilling, wurde am 6. 12. 1884 zu Hamburg als Sohn des Kaufmanns Adolf Schilling und seiner Ehefrau Auguste, geb. Krüger, geboren und bin evangelischer Konfession. Ich besuchte nacheinander die Realgymnasien zu Hamburg, Goslar und Lübeck, woselbst ich Ostern 1903 das Zeugnis der Reife erlangte. Um Medizin zu studieren, ging ich nach Göttingen, diente dort vom 1. April bis 30. September 1903 beim 2. Kurhessischen Infanterieregiment No 82 das erste halbe Jahr meiner aktiven Dienstzeit mit der Waffe, bestand das Physikum im Sommer 1906 und ging darauf nach Leipzig, wo ich das medizinische Staatsexamen im Februar 1909 beendete. Mein praktisches Jahr leistete ich zum Teil am Fürstlich Hohenloheschen August-Krankenhaus zu Slawentzitz, O.-Schl., zum Teil an der chirurgischen Abteilung der Magdeburger Krankenanstalt Altstadt ab und erhielt die ärztliche Approbation am 19. Februar 1910. Vom 15. März bis 26. Oktober 1910 diente ich bei der ersten Matrosen-Division als einjährig-freiwilliger Marinearzt den Rest meiner aktiven Dienstzeit ab mit anschließender sechswöchiger Übung als Marineunterarzt der Reserve.